FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — N°

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le jeudi 4 mars 1909, à 1 heure

Par **Socrate CAMILATOS**

Né à Lourdata de Céphalonie (Grèce) le 8 juin 1874

DE

LA PROSTATECTOMIE

DANS LES

PROSTATITES CHRONIQUES

Président : M. ALBARRAN, *professeur.*

Juges : MM. HARTMANN, *professeur.*
MARION et LENORMANT, *agrégés.*

PARIS
IMPRIMERIE DES FACULTÉS
A. MICHALON
10, Rue de Vaugirard, 10 (*près l'Odéon*)
(*Anciennement : 26, rue Monsieur-le-Prince*)

1909

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	Ch. RICHET.
Physique médicale	GARIEL.
Chimie organique et chimie générale	GAUTIER.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	BOUCHARD.
Pathologie médicale	BRISSAUD.
	DEJERINE.
Pathologie chirurgicale	LANNELONGUE.
Anatomie pathologique	Pierre MARIE.
Histologie	PRENANT.
Opérations et appareils	HARTMANN.
Pharmacologie et matière médicale	POUCHET.
Thérapeutique	GILBERT.
Hygiène	CHANTEMESSE.
Médecine légale	THOINOT.
Histoire de la médecine et de la chirurgie	G. BALLET.
Pathologie expérimentale et comparée	ROGER.
Clinique médicale	HAYEM.
	DIEULAFOY.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
Maladies des enfants	HUTINEL.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	N***.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	GAUCHER.
Clinique des maladies du système nerveux	RAYMOND.
Clinique chirurgicale	Pierre DELBET.
	QUENU.
	RECLUS.
	SEGOND.
Clinique opthalmologique	De LAPERSONNE.
Clinique des maladies des voies urinaires	ALBARRAN.
Clinique d'accouchements	PINARD.
	BAR.
	RIBEMONT-DESSAIGNES.
Clinique gynécologique	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
AUVRAY	CUNÉO	LAUNOIS	NOBÉCOURT
BALTHAZARD	DEMELIN	LECÈNE	OMBREDANNE
BRANCA	DESGREZ	LEGRY	POTOCKI
BESANÇON (Fern.)	DUVAL (Pierre)	LENORMANT	PROUST
BRINDEAU	GOSSET	LŒPER	RENON
BROCA (André)	GOUGET	MACAIGNE	RICHAUD
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	RIEFFEL
CARNOT	JEANSELME	MARION	SICARD
CASTAIGNE	JOUSSET (André)	MORESTIN	ZIMMERN
CLAUDE	LABBÉ (Marcel)	MULON	
COUVELAIRE	LANGLOIS	NICLOUX	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A LA MÉMOIRE DE MON PÈRE

Hommage douloureux et ému.

A MA MÈRE

Faible témoignage de reconnaissance.

A LA MÉMOIRE VÉNÉRÉE DE MON FRÈRE

LE CAPITAINE NICOLAS CAMILATOS

SORTI DES RANGS A LA LÉGION ÉTRANGÈRE
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
DÉCORÉ DE LA MÉDAILLE DU CAMBODGE

Trois fois cité à l'ordre du jour pour faits de guerre. Mort à l'ennemi à l'âge de 26 ans en combattant pour son pays d'adoption.

« Il est mort comme un général de la Révolution, comme un soldat de l'indépendance hellénique. »

Le général commandant des troupes de l'Indo-Chine.

Lettre à Mme veuve Camilatos mère.

Juin 1890.

A MON FRÈRE CAMILLOS

A MA BELLE-SŒUR

CONSTANCE C. CAMILATOS

Témoignage d'affection et de reconnaissance.

A MES FRÈRES

PANAGHIS ET EPAMINONDAS

A MA SŒUR

ANNA LIMBERATOS

A MON BEAU-FRÈRE

EVANGELINOS LIMBERATOS

Affection fraternelle.

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ CHAUFFARD
MÉDECIN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE DOCTEUR FAISANS
MÉDECIN DES HÔPITAUX

MONSIEUR LE PROFESSEUR DEBOVE

MONSIEUR LE PROFESSEUR PINARD

MONSIEUR LE PROFESSEUR GUYON

MONSIEUR LE PROFESSEUR DIEULAFOY

MONSIEUR LE PROFESSEUR LE DENTU

MONSIEUR LE PROFESSEUR HUTINEL

A MONSIEUR LE Dr PAPIN, CHEF DE CLINIQUE, qui a bien voulu nous aider de ses conseils dans la rédaction de ce travail.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR ALBARRAN

PROFESSEUR DE CLINIQUE DES MALADIES DES VOIES URINAIRES
A L'HÔPITAL NECKER
OFFICIER DE LA LÉGION D'HONNEUR

INTRODUCTION

Dans cette étude nous laisserons de côté les gros abcès de la prostate et nous n'aurons en vue que les prostatites chroniques avec de petits foyers de suppuration et qui ne guérissent pas par les moyens habituels de traitement (massage, lavages, lavements, etc.).

Ces petites suppurations sont, en effet, extrêmement fréquentes dans les uréthrites, lesquelles, ne l'oublions pas, accompagnent presque toujours les prostatites chroniques.

Il s'agit en somme ici de cette forme spéciale d'inflammation de la prostate qu'on décrit sous le nom de prostatite folliculaire ou glandulaire qui joue, d'ailleurs, un rôle important dans l'évolution de la suppuration prostatique et périprostatique dont elle constitue, en quelque sorte, la phase initiale ou phase prémonitoire pendant laquelle la pression exercée sur la prostate par le rectum fait écouler dans l'urèthre des débris purulents. Dans cette forme la prostate, augmentée de volume, paraît, à simple vue, comme criblée de petits

abcès (Velpeau, Lallemand), abcès folliculaires ou miliaires mais qui, en réalité, pour la plupart, ne sont d'abord que des pseudo-abcès, leur paroi étant formée par l'épithélium des acini plus ou moins altéré avec peu de retentissement interstitiel. Ces abcès nés dans l'intérieur des follicules glandulaires sont habituellement multiples.

Cette prostatite folliculaire peut évoluer soit vers la résolution soit vers la suppuration prostatique franche et dans ce dernier cas plusieurs de ces petits abcès miliaires, qui sont en somme des abcès en puissance de la prostate, passent à l'état aigu et, en se réunissant, constituent les gros abcès collectés de la glande.

Elle peut aussi passer à l'état chronique comme toutes les prostatites ; mais le plus souvent elle est subaiguë ou chronique d'emblée, ne se manifestant pas au début par les caractères de la forme aiguë.

C'est cette forme qui nous intéresse plus spécialement.

CHAPITRE PREMIER

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

La prostatite chronique s'accompagne, avons-nous dit, presque constamment d'uréthrite postérieure.

Or, l'infection partie ainsi de l'urèthre se propage facilement et rapidement aux orifices puis aux canaux excréteurs de la glande s'étendant de proche en proche. A ce stade les conduits glandulaires sont enflammés mais non oblitérés. Mais si les phénomènes inflammatoires s'accentuent ces conduits deviennent le siège d'un catarrhe « desquamatif ou pyodesquamatif » qui peut aller jusqu'à la destruction suppurée mais qui, le plus souvent, aboutit à la sclérose périglandulaire qui étouffe l'élément épithélial. Parfois, en effet, on ne constate qu'une simple prolifération de l'épithélium des culs-de-sac qui remplit et dilate la cavité glandulaire.

D'autres fois, de nombreux leucocytes encombrent la lumière des glandes avec l'épithélium ; ils dépassent les limites de la cavité et forment dans le tissu interstitiel une infiltration qui entoure les culs-de-sac et se

prolonge souvent en manchon autour des canaux excréteurs. Ces lésions épithéliales et périglandulaires déterminent souvent un rétrécissement ou même l'oblitération des conduits excréteurs avec rétrodilatation kystique des culs-de-sac. En résumé du côté des épithéliums glandulaires il y a prolifération intraglandulaire avec, quelquefois, dégénérescence des cellules, dilatation des culs-de-sac et, parfois, d'après M. Albarran, néoformation de culs-de-sac.

Pour ce qui est des lésions macroscopiques de la prostate elles sont très variables. L'aspect de la glande change suivant le siège, la plus ou moins grande étendue des lésions, suivant leur degré. Le plus souvent la prostate est augmentée de volume; d'autres fois son volume reste normal ; enfin dans certains cas rares il peut être diminué. Au toucher le tissu prostatique peut paraître mou, spongieux, mais presque toujours on perçoit des noyaux plus ou moins indurés dans certains points ; parfois la consistance de la glande est partout augmentée. A la coupe, on peut voir un tissu plus rougeâtre, riche en suc ou au contraire plus ferme, plus blanc ; ailleurs encore, on rencontre des tractus fibreux, de petits kystes, des abcès miliaires.

Relativement à la topographie des lésions, rappelons que la prostatite chronique n'existe que lorsque les lésions atteignent les glandes du groupe périphérique qui constituent la prostate proprement dite et ce sont les groupes glandulaires postérieurs, et surtout les postéro-latéraux, qui sont le plus souvent pris ; dans la plupart des cas, on trouve des noyaux comprenant quelques

glandes enflammées, d'autres glandes à côté conservant à peu près leurs caractères normaux.

A une période avancée on peut observer de la sclérose péri-acineuse et la formation de bandes fibreuses qui parcourent la prostate en directions variées.

CHAPITRE II

EXAMEN CLINIQUE

Cet examen se fait surtout par le toucher, l'étude des écoulements prostatiques et le cathétérisme.

En effet les symptômes subjectifs sont vagues, confondus dans le syndrôme de l'uréthrite chronique, et souvent la maladie évolue sans aucun trouble, à part un écoulement blanchâtre, d'odeur spermatique, plus ou moins abondant, apparaissant surtout le matin mais aussi dans la journée entre deux mictions éloignées et enfin à la fin de la miction et au moment des selles. Cet écoulement augmente lorsqu'une cause quelconque, comme le froid, les excès sexuels, les écarts de régime, détermine des phénomènes congestifs dans la prostate; dans ces cas on peut observer des poussées subaiguës à l'occasion desquelles le malade présente des mictions fréquentes et douloureuses, des sensations pénibles dans l'anus et le périnée.

Toucher rectal. — Dans presque tous les cas de prostatite chronique le volume de la prostate est aug-

menté, mais légèrement, sauf s'il y a coexistence de périprostatite auquel cas la prostate paraît très volumineuse à contours peu nets. L'augmentation de volume peut être générale ou être plus accusée dans un des lobes. Ce n'est que dans quelques cas rares que la glande scléreuse est diminuée de volume et cette atrophie n'existerait que consécutivement à la destruction de la glande par la prostatite suppurée. En même temps que la prostatite chronique il y a souvent de la spermatocystite et de l'inflammation des canaux éjaculateurs. L'inflammation des vésicules séminales se traduit au toucher par un peu d'empâtement dans le tissu qui entoure leur sommet ; parfois on constate qu'une des vésicules est augmentée de volume et que par la pression on vide mal son contenu.

La consistance de la glande varie d'un malade à l'autre ; chez les uns elle paraît grosse, lisse, tendue, molle au toucher, et, chez eux, par la pression on fait sourdre en abondance le liquide prostatique ; chez d'autres elle est grosse dans son ensemble, plus ferme, plus dure qu'à l'état normal, quelque peu irrégulière et la pression donne peu ou pas de liquide.

Souvent on constate l'existence de noyaux indurés, parfois très durs, siégeant plus particulièrement sur les parties latérales, mais pouvant se trouver dans un point quelconque de la glande.

La prostate est sensible à la pression plus qu'à l'état normal, mais d'une façon inégale d'un malade à l'autre. Généralement la pression est pénible et la sensation douloureuse est plus marquée dans certains points, sur-

tout au niveau des noyaux plus indurés, quoique non exclusivement.

Écoulements prostatiques. — Dans les prostatites chroniques on observe deux variétés d'écoulements uréthraux : d'une part l'écoulement de l'uréthrite postérieure qui existe presque toujours et dans la constitution duquel les glandes prostatiques jouent un certain rôle ; d'autre part l'écoulement du produit de sécrétion des glandes.

L'écoulement à l'extérieur du liquide altéré des glandes prostatiques se fait parfois spontanément pendant la défécation ou à la fin de la miction : les glandes se vident alors de leur contenu par la pression directe du bol fécal, ou par la contraction musculaire du sphincter prostatique ; ce liquide est alors toujours mélangé aux produits de sécrétion des glandes de l'urèthre, souvent même au contenu des vésicules séminales. On peut obtenir le liquide prostatique relativement pur de la manière suivante :

Après avoir fait uriner le malade, on fait un grand lavage uréthrovésical et on s'assure que le liquide à sa sortie de la vessie est absolument clair de manière à éliminer ainsi toutes les sécrétions nées de l'urèthre. Une fois ce résultat obtenu on garnit la vessie avec de l'eau boriquée. Le doigt alors, muni d'un doigtier, va à la recherche des lobes de la prostate et, si besoin est, des vésicules séminales et déprime les saillies glandulaires pour exprimer leur contenu. Ce massage digital sera fait avec beaucoup de douceur car, au début, il est parfois très douloureux ; on augmentera ensuite pro-

gressivement les pressions. Le massage terminé le malade urine dans quatre verres l'eau boriquée qu'on avait introduite dans sa vessie et qu'on examine.

L'écoulement spontané ou provoqué de liquide prostatique varie beaucoup en quantité, suivant les variétés de prostatite : il est très abondant lorsque la prostate est grosse, molle au toucher, et rare dans les cas de prostate noueuse, indurée, scléreuse.

Le liquide prostatique dans les prostatites est épais, blanchâtre ou blanc jaunâtre, d'odeur spermatique, due à la lécithine qu'il contient, de réaction alcaline ; il empèse le linge lorsqu'il sèche et forme des taches à contour régulier.

Au microscope on y trouve des cellules dont les plus caractéristiques sont les cylindriques, de nombreux leucocytes, souvent des débris de spermatozoïdes, surtout des têtes, et enfin des corps amylacés et des cristaux de Bœttcher caractéristiques de la sécrétion prostatique.

L'importance de ces différents éléments qui tous existent dans le liquide prostatique normal est très variable.

En fait d'éléments cellulaires on peut ne trouver que des débris d'éléments ou quelques cellules cylindriques sans caractères distinctifs. Les leucocytes, surtout lorsqu'ils sont abondants et qu'on les constate après lavage de l'urèthre, indiquent bien que les glandes prostatiques sont enflammées, car il n'en existe que de très rares dans la sécrétion normale de la prostate ; aussi

Sturgis (1) élimine-t-il de la prostatorrhée tout liquide contenant des leucocytes.

Les corps amylacés peuvent aussi être rencontrés dans le liquide des vésicules séminales. Les cristaux de Bœttcher ne se trouvent spontanément dans le liquide prostatique que lorsqu'il est mélangé à la sécrétion des vésicules séminales. Les débris de spermatozoïdes qu'on trouve fréquemment dans le liquide prostatique ne sont pas dus à la spermatorrhée : ils proviennent des diverticules des canaux éjaculateurs chroniquement enflammés et d'où les fait sortir la pression (Finger).

Cathétérisme. — Le cathétérisme explorateur donne peu de renseignements dans les prostatites chroniques. La sensibilité exagérée de la portion prostatique et le pus que la boule exploratrice ramène en sortant sont les symptômes de l'uréthrite postérieure. Dans d'autres cas on constate l'augmentation en longueur de la portion prostatique qui peut faire croire à l'hypertrophie de la prostate surtout lorsqu'il existe en même temps de la rétention incomplète d'urine, chose qui n'est pas très rare dans les prostatites chroniques (Guyon, Harrison, Janet, Albarran) et qui peut relever du système nerveux aussi bien que de l'obstacle prostatique.

Dans ces prostatites chroniques avec petits abcès que nous envisageons particulièrement ici on peut observer un léger mouvement fébrile qui passera inaperçu si le malade n'est pas observé de près. Naturellement il ne

1. *Journ. of. cut. and. gen. urin. Diseases*, 1898, p. 263.

peut y avoir de comparaison entre cette fièvre légère et la fièvre très marquée et parfois à grandes oscillations qu'on observe dans les vrais abcès de la prostate. Cependant si le malade est couché et qu'on prenne régulièrement sa température de façon à en établir la courbe on verra que cette température reste d'une façon constante au-dessus de la normale ; on observe 37°5 à 38° de température d'une façon continue et c'est là un symptôme qui indique que le traitement en cours est insuffisant pour avoir raison des phénomènes inflammatoires. La persistance de cette fièvre légère jointe à un état général mauvais avec langue sabburale et aussi aux douleurs locales provoquées par la défécation, par la miction et par les érections constituent un ensemble de symptômes qui indiquent la nécessité d'une intervention plus active.

CHAPITRE III

TRAITEMENT

Il doit viser plus que la prostatite chronique. Celle-ci est, en effet, accompagnée presque toujours d'uréthrite postérieure et, d'autre part, les vésicules séminales sont très souvent malades en même temps que la prostate et parfois la vessie aussi est infectée. On devra donc soigner toutes ces infections paraprostatiques en même temps que la prostatite elle-même sous peine d'échouer dans le traitement par auto-infection des glandes.

Enfin on devra se souvenir que les malades atteints de prostatite chronique ont perdu, du moins en partie, la souplesse de leur canal, que quelques-uns d'entre eux sont porteurs de rétrécissements plus ou moins accentués et qu'ils sont plus prédisposés à la stagnation des produits septiques au niveau de leur urèthre prostatique ; on rendra donc au canal de l'urèthre, dans la mesure du possible, son calibre et son élasticité physiologiques en faisant la dilatation et, au besoin, en levant l'obstacle.

Contre l'uréthrite postérieure on emploiera les grands lavages au permanganate de potasse, à l'oxycyanure de mercure, au sublimé et les instillations.

Contre les lésions de la prostate elle-même, on aura recours à différents moyens locaux et généraux et qui sont l'hygiène, la médication locale par l'urèthre et le rectum, le massage, l'électricité.

Hygiène. — L'hygiène joue un rôle important dans le traitement des prostatites chroniques.

Le malade devra éviter toute cause de congestion prostatique, notamment les excès de table, la constipation, les abus sexuels, l'équitation, la bicyclette. On lui conseillera une nourriture légère, surtout le soir, le régime lacté. Pour lutter contre la constipation et diminuer la congestion pelvienne on peut recourir au massage abdominal recommandé par Noguès (1).

Hogge (de Liège) (2), conseille, en vue de vider le rectum et provoquer les contractions des fibres lisses prostatiques périlobulaires, des lavements froids de 250 centimètres cubes d'eau ordinaire à la température de 10° à 15° répétés plusieurs fois par jour à l'aide d'une poire à très courte canule ; sous leur influence les sécrétions prostatiques s'évacueraient moins violemment, plus physiologiquement que par le massage le plus doux et ils pourraient être continués pendant des mois sans inconvénient.

Pour ce qui est du coït, il faut le proscrire dans les

1. *Annales des mal. des org. gén.-urin.*, 1898, p. 682.

2. Compte rendu de la 11e session de l'Association française d'urologie, 1907.

cas subaigus, mais le permettre dans les cas franchement chroniques à l'aide d'un condom. Beaucoup de malades se trouvent mieux après avoir eu des rapports sexuels (Albarran).

Contre la neurasthénie on aura recours au traitement psychique, aux douches, à l'électrisation statique, à la vie au grand air, à l'exercice modéré.

Médication locale. — Elle se fait par la voie rectale et par la voie uréthrale.

La médication topique par la voie uréthrale a une réelle importance pour l'uréthrite postérieure et, celle-ci disparue, on voit souvent la prostatite subaiguë guérir, surtout la prostatite gonococcique. Toutefois dans les cas de prostatites chroniques invétérées ces moyens sont insuffisants et le cathétérisme, les bougies médicamenteuses sont plutôt nuisibles qu'utiles. Les instillations n'agissent guère sur les lésions des glandes prostatiques, leur action s'épuisant dans la muqueuse uréthrale.

Pour la médication topique par la voie rectale on peut employer les suppositoires à l'onguent napolitain *belladoné* (*formule de Guyon*), ou à l'ichytol mais surtout les grands lavages intestinaux avec un ou deux litres de liquide très chaud de 45° à 50°, les irrigations rectales avec des canules à double courant faites avec des liquides très chauds. Ces différents moyens suffisent souvent pour guérir les prostatites subaiguës et même certaines prostatites chroniques lorsque le liquide exprimé de la prostate contient encore des gonocoques ; les prostatites chroniques à gonocoques guériraient, en

effet, mieux et plus vite que les autres (Hogge, Janet, Albarran) probablement parce que les gonocoques ne se trouvent guère que dans les prostatites encore récentes (Albarran).

Massage. — Le massage a pris dans ces dernières années une grande place dans le traitement des affections prostatiques.

D'après Frish, Lowenfeld en 1858 et Estlander en 1879 avaient déjà employé le massage prostatique préconisé depuis par Thure-Brandt et entré définitivement dans la pratique après les travaux d'Ebermann (1), de Rosenberg (2), Finger, etc. En France MM. Guyon et Albarran ont depuis plusieurs années préconisé le massage et Aubry l'a étudié dans sa thèse (1899). Il a été critiqué par Colberg (3) et Hogge (4).

En réalité le massage très utile dans un grand nombre de prostatites chroniques, ne suffit pas à les guérir toutes ; il est nuisible dans les cas aigus et ne doit être employé qu'avec prudence dans les cas subaigus. Rarement dans les cas chroniques il est mal supporté.

C'est surtout dans les prostatites chroniques à petits foyers multiples suppurés que le massage de la prostate est réellement indiqué.

Les séances de massage sont généralement pratiquées tous les deux jours et si elles déterminent peu de réaction, elles peuvent être faites tous les jours. Habituelle-

1. *Wien. med. Presse*, 1895, p. 48.
2. *Nitzé Oberlander Centralbl.*, 1895, p. 87.
3. *Nitze Oberlander Centralbl.* 1899, Heft 6.
4. Assoc. franc. d'urol., 1900, p. 208.

ment dans chaque séance on fait d'abord un massage après lequel le malade est invité à uriner pour entraîner les sécrétions ; on fait alors un lavage uréthro-vésical sans sonde, avec l'oxycyanure de mercure de 1 p. 4.000 à 1 p. 2.000 laissant dans la vessie une partie du liquide, enfin nouveau massage à la suite duquel le malade urine le liquide antiseptique contenu dans la vessie. Les pressions sur la prostate doivent être faites de la périphérie au centre (Hogge,) ce qui permet, en suivant la direction des canaux excréteurs de mieux vider les glandes. Très souvent le massage au début du traitement fait augmenter la quantité de pus contenue dans le liquide prostatique mais cela n'indique pas une aggravation de la prostatite.

Vu la fréquence de la spermatocystite il est utile dans un grand nombre de cas de faire, en même temps que le massage de la prostate, celui des vésicules séminales. Pour ces dernières on peut être obligé, non seulement de presser avec la main gauche sur l'hypogastre, mais encore de faire usage d'un doigtier (1).

Electricité. — L'électricité enfin a été assez souvent employée dans le traitement des prostatites chroniques rebelles. Tripier (2) avait déjà fait quelques essais dans ce sens, lorsque Chéron et Moreau Wolff (3) conseillèrent les courants continus. Popper (4) recommande la faradisation avec une électrode rectale en caoutchouc

1. *Glenn. Journ. of. cut. and. gen. urin. Diseases*, 1898, p. 275.
2. Cité par Chéron et Moreau Wolff in *Gaz. des Hôp.*, 1870.
3. *Gaz. des Hôp.*, 1870.
4. *Wiener med. Bæltter.*, 26 janvier 1899.

durci terminée par une plaque métallique, l'autre électrode étant placée sur le ventre : d'après lui on obtient ainsi dans la prostatorrhée, la spermatorrhée et la prostatite chronique, des résultats supérieurs à ceux du massage.

Jules Janet (1) a employé un procédé analogue avec des résultats assez bons.

Récemment Hogge (de Liège) (2) a préconisé dans les cas rebelles de prostatites chroniques post-blennorrhagiques l'électro-massage de la prostate à l'aide d'un doigtier en caoutchouc à l'extrémité duquel se trouve une mince feuille de platine dans laquelle vient s'épanouir un faisceau de fils conducteurs. Le courant employé est de 5 à 10 milliampères. L'auteur conseille de courtes séries de séances, six à huit tous les deux jours, avec de longues périodes de repos.

Il va sans dire que toutes les interventions intra-urétrales et intra-rectales que nous venons de décrire seront pratiquées avec douceur et avec les soins antiseptiques les plus minutieux, afin d'éviter de nouvelles poussées qui pourraient aboutir à des localisations épididymaires de l'infection ou à la formation d'une collection purulente plus étendue dans la région prostatique.

Par le traitement qui précède, lorsqu'il est appliqué avec la prudence, la méthode, la douceur et la persévérance nécessaires, on obtient de réels succès et un grand nombre de prostatites guérissent ainsi.

1. *Assoc. franc. d'urol.*, 1900, p. 321.
2. *Compte rendu de l'Assoc. fr. d'urol.* (4e session), 1899.

Mais les échecs sont fréquents : certains malades sont rebelles au traitement le mieux conduit et le plus patiemment subi ; d'autres encore, plus rares, présentent des accidents fébriles lorsqu'on pratique le massage. Les malades continuent à souffrir et surtout à être préoccupés jusqu'à ce qu'ils arrivent à greffer sur la lésion prostatique une maladie autrement redoutable, la neurasthénie si fréquente dans les affections qui menacent la puissance génitale de l'individu.

C'est alors qu'en présence de la désespérante ténacité de l'affection et de la constante préoccupation des patients qu'on est amené à poser la question de l'intervention opératoire, la prostatectomie.

CHAPITRE IV

TECHNIQUE DE LA PROSTATECTOMIE

Elle se fait par le procédé préconisé par M. le professeur Albarran, découverte prérectale de la prostate, incision franche et curettage de ses lobes (1).

Pour arriver à la collection purulente on suit le même trajet que dans la prostatectomie périnéale pour découvrir la face postérieure de la prostate.

Comme pour la prostatectomie périnéale le malade est couché sur le dos, le siège débordant la table d'opération, les cuisses fléchies sur le ventre.

Découverte de la prostate par incision périnéale transversale prérectale comme dans la prostatectomie périnéale : placer un écarteur protégeant le rectum et permettant de bien voir la face postérieure de la glande; inciser longitudinalement la prostate à un demi-centi-

1. Médecine opératoire des voies urinaires, p. 848 et *Compte rendu de la 11e session de l'Assoc. franç. d'urol.*, 1907, p. 103.

mètre de la ligne médiane, de chaque côté de l'urèthre qu'on ménage en dirigeant l'incision en bas et en dehors ; avec une curette tranchante, au besoin en s'aidant des ciseaux, curetter fortement chacun des lobes latéraux de la prostate en extirpant partiellement la glande ; tamponner pendant vingt-quatre ou quarante-huit heures et panser ensuite par simples lavages, sans placer de mèches.

Drainage. — On met un drain numéro 35, qu'on fixe avec un crin à la lèvre antérieure de la lèvre périnéale.

En cas de saignement on tamponne autour du drain. Exceptionnellement si la plaie ne saigne pas on ne met qu'un tube à drainage sans mèches périphériques.

Pansement. — La plaie drainée est laissée largement ouverte. On la recouvre de compresses aseptiques et de coton hydrophile, le tout soutenu par un bandage en T.

Soins consécutifs. — Pansement tous les jours, avec lavage de la cavité à l'eau oxygénée.

Le drain est enlevé après deux à trois jours.

Chaque jour, en faisant le lavage, on écarte les lèvres de la plaie cutanée avec la canule en verre de l'irrigateur, pour empêcher la fermeture hâtive de la peau. Cinq à six jours après l'opération, on s'assurera par le toucher rectal, que l'évacuation du pus se fait bien ; au besoin on aidera cette évacuation par quelques pressions faites avec le doigt rectal.

Accidents opératoires

Blessure du rectum. — On évitera cet accident opératoire en suivant bien le bulbe de l'urèthre pour arriver à la prostate. Si on n'est pas très sûr de sa technique, il faut introduire l'index de la main gauche gantée dans le rectum pour se guider. Si, malgré tout, on onvrait le rectum, le mieux serait de ne pas faire de suture de l'intestin, qui ne tiendrait pas dans ce milieu infecté, et, si une fistule stercorale persistait, attendre plusieurs semaines pour l'opérer.

Oüverture de l'urèthre. — La paroi postérieure de l'urèthre prostatique est toujours très fragile, en cas d'abcès de la prostate ; autant que possible il faut éviter de crever l'urèthre ce qui d'ailleurs n'est pas toujours possible. Parfois l'urèthre s'est déjà ouvert spontanément lorsqu'on intervient ; d'autres fois, lorsque la collection s'est vidée, on constate que le canal s'est ouvert pendant les manœuvres ; parfois encore, c'est deux à trois jours après l'opération que l'écoulement de l'urine par le périnée, pendant les mictions, témoigne de l'ouverture secondaire de l'urèthre. Cette ouverture est, parfois encore, provoquée par le cathétérisme, pratiqué au moment de l'opération pour se guider dans l'ouverture périnéale, ou après l'opération, pour vider la vessie du malade. Ce cathétérisme préalable ou consécutif est inutile : on peut très bien ouvrir les abcès de la prostate par le périnée sans qu'il soit besoin de conducteur uréthral. Après l'opération, le malade urine seul à moins

qu'on ait trop fortement tamponné la plaie et, dans ce cas, il suffirait de détamponner.

Si l'urèthre est ouvert on ne doit pas s'en préocuper : le plus souvent la fistule uréthrale se ferme d'elle-même. Si, par exception, la fistule persistait après la guérison de l'abcès, on pourrait la traiter, suivant les cas, par la cautérisation galvanique ou par la résection du trajet fistuleux.

RÉSULTATS DU TRAITEMENT

Ainsi qu'il résulte des observations que nous publions ci-dessous les résultats obtenus chez tous ceux que M. Albarran a traités par son procédé de prostatectomie partielle ont été excellents. Les différentes manifestations morbides de la prostatite, douleurs écoulements, dysurie, mouvement fébrile, hypochondrie etc., etc., ont disparu.

Quant aux fonctions sexuelles, elles ne sont pas touchées. La prostatectomie partielle de M. Albarran en respectant l'urèthre et en conservant intacts les canaux éjaculateurs permet à la génitalité et aux éjaculations de rester normales : c'est ce qui résulte de la lecture des trois premières de nos observations tirées de la thèse de M. Papin et dues à M. Albarran.

OBSERVATIONS

Observation I (M. Albarran).

(Thèse de M. Papin, p. 165).

P..., 28 ans. Chaude-pisses successives depuis dix ans. Écoulement léger, jamais tari depuis, malgré des traitements variés (injections, instillations, lavages).

Urèthre de bon calibre, n° 25. Vessie, reins sains. Prostatite avec augmentation de volume et irrégularités de la glande. Par places, points ramollis. Par le massage on obtient l'écoulement d'un peu de liquide contenant beaucoup de leucocytes.

En juin 1903 prostatectomie périnéale, curetage des deux lobes de la prostate, en respectant les canaux éjaculateurs et l'urèthre. Guérison.

En novembre de la même année, M. Albarran revoit le malade: la puissance génitale est parfaitement conservée, l'éjaculation est normale.

Observation II (M. Albarran)

(Thèse de M. Papin, p. 165).

M. X..., 46 ans. A 14 ans orchite ourlienne à gauche avec atrophie du testicule. A 19 ans première blennorrhagie guérie

normalement. De 20 à 30 ans deux autres blennorrhagies guéries également sans laisser de traces. Cependant la troisième (vers l'âge de 29 ans) fut suivie d'orchite du testicule atrophié. Guérison apparente complète. Marié à 31 ans. De 29 à 31 ans il aurait eu de légères récidives.

Jusqu'à 40 ans aucun incident, le malade se croit guéri.

Pas d'enfant, mais deux fausses-couches de sa femme.

A 40 ans début des accidents actuels.

En novembre 1899, à la suite d'un rapport, réapparut un léger ecoulement, un suintement plutôt. Au bout de deux mois le malade qui avait fait quelques injections va trouver le Dr Émery. Celui-ci le rassure complètement ; par le toucher rectal il ne constate aucune prostatite; fait des lavages au protargol ; ces lavages sont très mal supportés et cessés aussitôt.

Vers 1901, apparition de douleurs sourdes dans la région sus-pubienne qui conduisent le malade chez le professeur Albarran. Celui-ci diagnostique une prostatite glandulaire et conseille le massage de la prostate et des lavages : il adresse M. X... au Dr Soit-Cène.

Dès le troisième massage, première crise de prostatite aiguë, violente, avec frisson et fièvre (38°9), au début, douleur périnéale, rétention d'urine. Au toucher prostate douloureuse et volumineuse. La crise cède en deux jours à un traitement antiphlogistique. Après quelque repos, reprise des lavages sans massage par le malade lui-même.

Amélioration en apparence absolue jusqu'en janvier 1902.

A ce moment deuxième crise tout à fait analogue à la précédente à la reprise du traitement.

Pendant le cours des années 1902 et 1903 jusqu'à octobre, le malade a toute une série de crises analogues aux précédentes

allant en se rapprochant, mais en diminuant d'intensité. Ces crises ont été le plus souvent provoquées par la reprise du traitement, une fois entre autres à la suite du passage de béniqué ; parfois elles furent spontanées, sans cause apparente.

En 1903, M. X..., voit deux fois le professeur Albarran, qui, la première fois conseille au milieu d'une période de repos, la reprise du traitement. Au bout de peu de temps crise nouvelle.

La deuxième fois, M. Albarran conseille l'emploi de l'helmitol d'une façon prolongée. Malgré cela, crise au cours ou à la fin de ce traitement.

En octobre 1903, nouvelle crise moyenne, à la suite de laquelle on fait venir le Dr Albarran qui conseille l'opération le plus tôt possible. Opération le 29 octobre 1903.

Il faut signaler que l'opération fut faite, la crise étant déjà terminée et la prostate ayant repris son petit volume.

Prostatectomie. Guérison au bout de six semaines.

Au bout de ces six semaines, au moment où il commençait à se lever le malade a eu une petite crise.

En 1904, période de calme qui se prolonge jusqu'en septembre. A ce moment forte crise sans cause apparente, tout à fait semblable aux précédentes, très intense (fièvre, rétention, douleur).

A la suite treize mois de calme, puis d'octobre 1905 à mai 1906, six crises environ dont la dernière amena une rétention aiguë.

Depuis mai, calme complet sauf quelques légères alertes où le malade éprouve la sensation d'une crise qui n'aboutit pas.

Au point de vue génital, le malade est resté ce qu'il a toujours été. Érections et éjaculations normales, quoique douloureuses pourtant à certains moments. Le malade a même eu après son opération une période d'excitation sexuelle.

Observation III (M. Albarran)

(Thèse de M. Papin, p. 166).

M. C..., âgé de 29 ans, fort et bien constitué. Chaude-pisse il y a six ans avec des retours subaigus et goutte matinale habituelle.

On lui fait une uréthrotomie interne le 18 juin 1906. La sonde à demeure fut retirée le troisième jour.

Neuf jours après l'uréthrotomie, M. Albarran est appelé à le voir parce qu'il avait de la fièvre depuis trois jours (38°-39°) et parce qu'il urinait du pus. On avait essayé de le sonder sans succès.

Le malade souffrait beaucoup en urinant et les mictions le plus souvent purulentes avaient lieu toutes les heures.

Par le toucher rectal M. Albarran constate l'existence d'une masse molle englobant la prostate et les vésicules, qui se prolongeait en haut derrière la vessie. Rien dans les fosses iliaques.

Au double palper la vessie paraît contenir au moins 300 centimètres cubes de liquide.

Avec une sonde molle, on pénètre facilement dans ce qui paraît être la vessie et on retire à peu près 150 centimètres cubes d'un liquide très fétide ressemblant à de l'urine très sale contenant beaucoup de pus.

Le lendemain, après avoir vu des urines presque claires rendues par le malade, M. Albarran le sonde à nouveau et retire le même liquide très fétide de la veille. Ce n'est qu'après d'abondants lavages que le liquide devient à peu près clair. Il soupçonne alors une fausse route et constate en injectant du liquide par la sonde, qu'en réalité, il existe une cavité comprenant la

prostate et le tissu rétrovésical d'une contenance de 180 centimètres cubes.

Le 29 juin. — Périnéotomie transversale, M. Albarran ouvre une énorme collection prostatique et rétro-vésicale et constate la fausse route qui laissait passer la sonde. On ne trouve plus de prostate : elle est complètement suppurée. Une sonde à demeure est mise dans la vessie qui contient de l'urine limpide. Guérison sans incidents.

Sort de la maison de santé fin juillet. Revu en octobre complètement guéri. Au toucher rectal on sent au lieu de la prostate un gros cordon de l'épaisseur du petit doigt allant de la portion membraneuse de l'urèthre à la vessie.

Le malade ne souffre pas.

Cathétérisme facile.

Erection et puissance génitale bien conservées, mais l'éjaculation est réduite à un peu de liquide qui ne contient pas de spermatozoïdes.

Observation IV (M. Albarran).

(11e *session de l'Assoc. franç. d'urol.*, 1907, p. 115).

M. V..., 34 ans. Première blennorrhagie en 1893, guérie en quelques semaines sans laisser de traces; deuxième en mai 1902, soignée par des lavages. Deux mois après le début de cette deuxième chaude-pisse, accidents de prostatite durant quelques jours. Depuis on lui a fait à maintes reprises des séries de lavages et des massages de la prostate sans arriver à tarir complètement la suppuration. Il y a six mois, à la suite d'un lavage, nouveaux phénomènes de prostatite aiguë terminée par ouver-

ture spontanée de l'abcès dans l'urèthre. Vint à Paris il y a quatre mois ayant encore une grosse goutte matinale sans gonocoques et un suintement dans la journée. A l'examen M. Albarran trouve le canal libre; l'urèthre bulbaire et l'urèthre prostatique uniformément rouges saignant facilement. Au toucher la prostate est augmentée de volume dans ses deux lobes, aqueuse, irrégulière ; on sent au niveau du lobe droit une dépression cupuliforme. Vésiculite et périvésiculite. L'expression de la prostate donne abondamment un liquide puriforme, sans gonocoques, contenant beaucoup de leucocytes.

Après deux mois de traitement par le massage et les lavages, le malade est très amélioré, mais non guéri : l'empâtement périvésiculaire a disparu, la prostate est plus petite, mais donne encore du pus lorsqu'on la masse. Malgré les soins les plus assidus, cet état persiste jusqu'à quinze jours avant l'opération ; on cesse alors le traitement et, de nouveau, l'écoulement revient plus abondant.

Le 14 mai 1905 incision périnéale, curettage et extirpation partielle de la glande qui permet de reconnaître l'existence d'un petit abcès du côté droit. Les fragments enlevés montrent les lésions d'une prostatite diffuse avec nombreux foyers embryonnaires.

Le 5 juin, la plaie périnéale est cicatrisée. En juillet 1906, le malade est revu, il n'a plus d'écoulement ; au toucher la prostate paraît petite, indurée. Pas de liquide au massage. Le malade a des rapports sexuels normaux, avec éjaculations.

Observation V (M. Albarran).

(11e *Session de l'Assoc. franç. d'urol.*, 1907, p. 105.)

M. C..., 32 ans. Blennorrhagie à 22 ans, jamais guérie. Très irrégulièrement soigné, le malade a eu toujours un écoulement plus ou moins marqué avec des poussées aiguës nombreuses. Il y a trois ans, prostatite avec abcès ouvert dans l'urèthre. Il y a deux ans nouvel abcès ouvert par le périnée à deux reprises différentes par des incisions longitudinales économiques à en juger par les cicatrices. Il y a un an, en 1905, uréthrotomie interne avec dilatation consécutive jusqu'au béniqué 52. Depuis, malgré le calibre du canal régulièrement entretenu et des séries de lavages et de massages il conserve toujours un peu d'écoulement et souffre de pesanteur du périnée.

A l'examen deux tumeurs bulbaires senties avec l'explorateur n° 20. Goutte matutinale et lorsqu'il reste sans uriner pendant plus de quatre heures premier jet contenant de nombreux filaments, deuxième jet limpide.

Par le toucher rectal, prostate grosse, irrégulière, mal limitée, présentant des parties très indurées ; l'induration englobe la pointe des vésicules séminales. Testicules sains.

Par le massage de la prostate on ne recueille qu'un peu de liquide contenant de très nombreux leucocytes et des microcoques. Pas de gonocoques dans les sécrétions uréthrale et prostatique.

8 *novembre* 1906. — Incision périnéale transversale. Difficultés pour découvrir le bulbe ; à cause des adhérences dues aux incisions antérieures, nécessité de sculpter le bulbe aux ciseaux.

Pas de plan de clivage ; pas dissection, découverte de la base postérieure de la prostate. Incision, curettage et extirpation partielle des deux lobes. Saignement abondant. Sonde à demeure. Tamponnement. Suites simples.

Le tamponnement est enlevé le deuxième jour, la sonde à demeure le quatrième. Le cinquième jour le malade perd un peu d'urine par le périnée ; cet écoulement cesse spontanément le neuvième jour.

A partir du vingtième jour, la plaie étant presque fermée, dilatation au béniqué qui est continuée par la suite jusqu'au numéro 56. Entre temps le malade sort depuis le trentième jour après l'opération.

Juin 1907. — Le malade revient à Paris n'ayant plus souffert depuis l'opération et n'ayant plus d'écoulement : dans le premier jet on observe quelques filaments. Il a fait de la dilatation avec quelques lavages tous les trois mois.

Observation VI

(Hôpital Necker, service de M. le professeur Albarran).

M. M..., 36 ans, peintre. Il vient à l'hôpital pour abcès de la prostate.

Antécédents héréditaires. — Parents bien portants.

Antécédents personnels. — Réformé pour épilepsie. Depuis l'âge de trois ans bronchite continuelle.

Blennorrhagie à 18 ans, soignée par injections. Orchite gauche. Depuis cette époque le malade a toujours eu une goutte matinale, et même parfois dans la journée.

Opéré d'uréthrotomie interne en octobre 1907, il a été dilaté

régulièrement depuis cette époque jusqu'au 23; la dernière fois vers le 15 avril.

Vers le 29 avril l'écoulement qui avait diminué redevient plus abondant et presque continuel. L'examen de l'écoulement a montré des leucocytes et des gonocoques.

Histoire de la maladie. — A ce moment apparition d'une douleur dans la région périnéale, légère douleur en allant à la selle. L'écoulement était toujours abondant, jaunâtre et assez épais. Peu à peu la douleur a augmenté surtout au niveau de l'anus. Depuis le 5 mai, la douleur est continuelle, c'est comme des lancements, des picotements dans la région périnéale. Les mictions ne sont pas plus fréquentes que d'habitude. En urinant légère brûlure dans la région sus-pubienne.

11 *mai* 1908. — Examen d'urine.

Très nombreux leucocytes.

Cylindres: 0.

Albumine: 3 gr. 50.

16 *mai*. — Cylindres : 0.

Albumine : 3 gr.

Examen du malade. — Malade bien constitué.

Tous les organes sont normaux.

(Réflexes rotuliens abolis, les autres normaux).

Dans l'épididyme gauche noyau induré dans la queue.

9 *mai*. — Au toucher rectal on sent une grosse masse bombant dans le rectum. A droite on peut délimiter le lobe prostatique, mais à gauche la prostate est entourée d'une énorme masse de périprostatite qui s'étend au delà de la région vésiculaire. Des vésicules sont englobées dans la masse indurée. On ne sent pas de pointes fluctulentes. Le toucher est très douloureux et fait sortir par le méat un léger écoulement purulent.

10 *mai.* — Dans le lobe gauche on peut arriver à sentir un point ramolli. Le malade souffre continuellement et a de temps à autre des crises très douloureuses accentuées surtout lorsqu'il doit aller à la selle.

10 *mai.* — Opération : prostatectomie.

Opérateur M. le professeur Albarran.

Incision bi-ischiatique.

Décollement assez difficile. Le périnée présentait une inflammation assez intense. La prostate est située très loin, elle est très difficile à apercevoir, elle est entourée par une gange. On ne sent pas de point fluctuant. Une incision exploratrice ne donne pas de pus.

Incision large des deux lobes prostatiques. Il ne sort pas de pus.

Un drain est mis dans chaque incision.

Bonnage de la cavité.

Un crin de chaque côté des incisions pour les retenir.

17 *mai.* — On enlève la mèche centrale mise dans la plaie périnéale. La douleur périnéale a beaucoup diminué.

18 *mai.* — Le malade souffre un peu en urinant, mais surtout après la miction, sensation de brûlure. Au niveau du périnée il ne persiste plus qu'une légère douleur due à l'incision.

22 *mai.* — On enlève les mèches périphériques. Pas d'hémorrhagie.

9 *juin.* — Le malade guéri quitte l'hôpital.

Observation VII

(Hôpital Necker, service de M. le professeur Albarran).

M. R..., âgé de 59 ans, peintre en voitures. Il entre à l'hôpital le 7 mai 1908 étant en rétention complète depuis la veille à 3 heures.

Antécédents héréditaires. — O.

Antécédents personnels. — Il a toujours été bien portant. Quelque penchant pour l'alcoolisme.

A. V. — Première blennorrhagie à 17 ans, elle dura trois semaines à un mois. Il conserva une uréthrite chronique durant une quinzaine d'années. Pas de syphilis.

A. V.

1902. — Il y a six ans, le malade éprouva de la difficulté à uriner, le jet avait considérablement diminué de force et le malade était obligé d'uriner très souvent, sans douleur. Les urines étaient un peu troubles, mais il n'y avait pas de sang. La nuit à cette époque déjà le malade était obligé de se relever trois à quatre fois.

Il vint consulter à Necker où il fut admis. On lui laissa à demeure une sonde durant trois jours, et le malade retourna chez lui. Il revint dans la suite trois fois pour se faire faire des lavages de vessie.

Le malade fut quelque peu amélioré, mais conserva toujours de la pollakiurie nocturne ; au reste la quantité de boissons que le malade ingurgitait dans le cours d'une journée n'était pas sans lui être néfaste.

1906. — Depuis deux ans, l'état s'est aggravé, le jet d'urine

redevint plus mince, et est arrivé à être filiforme. De plus la pollakiurie nocturne a augmenté. Il n'est pas rare que ce malade soit obligé de se relever sept et huit fois par nuit.

Le malade ne fit rien pour cela, et ne revint pas à Necker ; il eut une hygiène tout à fait contraire.

1908, 7 mai.

Lorsque le 7 mai dernier il fut subitement pris dans le courant de l'après-midi d'impossibilité complète d'uriner. Il resta ainsi toute la nuit et ne vint que le 8 mai au matin à Necker. Peu après son admission, il urina spontanément, mais en très petite quantité.

Examen du malade. — *Mictions.* — La nuit : sept à huit fois.

Urèthre. — Calibre : une boule n° 14 est arrêtée au milieu de l'urèthre pénien. Cette bride passée, le canal est ensuite libre jusqu'à la vessie.

Longueur : 19 centimètres.

Vessie. — Résidu : 625 grammes d'une urine très claire dont les dernières gouttes ne sont nullement sales.

Capacité : 320 cm³.

Contractilité : moyenne.

Sensibilité au contact : nulle.

Sensibilité à la distension : nulle.

Testicules et cordons. — Normaux, sauf au niveau de la queue de chaque épididyme un noyau très dur d'inflammation ancienne.

Prostate et vésicules. — La prostate est augmentée de volume, mais pas énorme, elle est assez étalée, de consistance un peu ferme, bien déterminable. Sillon médian net. Lobe gauche surtout augmenté.

Reins et uretères. — 0.

8 *mai.* — Dès son arrivée il est mis au malade une sonde à demeure, n° 14. Le malade ayant négligé d'y laisser le fosset, saigne très facilement.

10 *mai.* — Sonde n° 16. Toujours hématuries.

14 *mai.* — Sonde n° 18.

15 *mai.* — *Examen histo-bactériologique.*

Très nombreuses hématies.

Très nombreuses bactéries banales.

Pas de leucocytes, sauf proportion du pus.

Examen chimique.

Q = 1.250 cmc.		24 heures.
—		—
Urée.	18,90	23,62
Chlorures	8,80	11,00
Albumine.	0,75 (sang)	0,93
Glycose	0,50	0,12

État général. — Bon. Pas de température.

Appareil respiratoire. — 0.

Système nerveux. — 0.

Appareil digestif. — Bon. Constipation fréquente cependant.

Appareil circulatoire. — Tension : 20,5. Pouls : 92, bien frappé.

20 *mai.* — Le malade saignant toujours, la sonde est enlevée, il évacua spontanément deux petits graviers gros comme des grains de plomb.

Toucher fait par M. le professeur Albarran : prostate un peu augmentée de volume, surtout à gauche où l'on sent une saillie donnant plutôt la sensation d'un kyste que d'une hypertrophie.

22 *mai.* — Pendant l'élimination de bleu le malade dut être sondé deux fois, à la fin; l'introduction de la sonde détermine à chaque fois une légère hémorragie.

Tension. — 21.

26 *mai.* — Le bleu persiste encore dans les urines.

Le malade ne saigne plus lorsqu'on lui passe une sonde dans la vessie; son canal est dilaté jusqu'au 21.

28 *mai.* — Le toucher rectal fait nettement sentir un lobe gauche abcédé. On décide alors de faire une prostatectomie.

1er *juin.* — Prostatectomie. (Chloroforme).

Incision bi-ischiatique.

Décollement du bulbe. Plan de clivage. On aborde la prostate dont le lobe gauche fait une assez forte saillie. Incision, décollement et évacuation du pus à la sonde cannelée; agrandissement de l'incision au bistouri. Même chose pour le lobe droit, mais pas de pus. On met deux drains, une mèche. Un point de suture de chaque côté.

2 *juin.* — Ablation de la mèche. Lavages matin et soir dans les drains.

8 *juin.* — Ablation des drains, la plaie est en bonne voie. Lavages tous les jours.

15 *juin.* — Le malade sort.

Pendant son séjour, le malade a été soumis au régime des diabétiques.

CONCLUSIONS

1) La prostatite peut revêtir des formes anatomo-pathologiques très variées, depuis l'infection légère périuréthrale, jusqu'aux gros abcès de la prostate.

2) Nous avons étudié ici seulement les prostatites avec petits foyers de suppuration qui forment le trait d'union entre la prostatite banale et l'abcès prostatique.

3) Les divers traitements habituellement appliqués à la prostatite simple peuvent suffire parfois à amener la guérison de ces formes particulières (hygiène, massage, etc.).

4) Mais en général le traitement est insuffisant et il faut recourir à une thérapeutique plus active : c'est la prostatectomie périnéale préconisée par M. Albarran.

5) La technique en consiste essentiellement dans l'incision périnéale prérectale et la découverte de la face

postérieure de la prostate suivie d'excision bilatérale des lobes sans blesser l'urèthre ni les canaux éjaculateurs.

6) La guérison en est la suite habituelle et rapide, et les fonctions sexuelles n'en sont pas diminuées.

Vu : le Président de la thèse.
ALBARRAN

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer
Le Vice-Recteur de l'Académie
L. LIARD

BIBLIOGRAPHIE

Albarran. — Médecine opératoire des voies urinaires, p. 848.

Association française d'urologie, 11e session, 1907.

Bouloumié. — Prostatite subaiguë. *Mém. de la soc. de méd. pratique*, 1874.

Boyer. — Traité des maladies chirurgicales et des opérations qui leur conviennent. Paris, 1824, t. IX, p. 110 et 186.

Clarke Andr. — *British. med. journal*, janvier 1886, p. 113.

Colot. — Traité de l'opération de la taille avec des observations sur la formation de la pierre et les suppressions d'urine. Paris, 1727.

Demarquay. — Observation de phlegmon péri-prostatique. *Gaz. des hôp.*, 1856, p. 154.

Dubreuil. — Abcès péri-prostatique et péri-uréthral. *Union médicale*, 1872, p. 375.

Dugas. — Fragments pour servir à l'histoire de la glande prostate. *Thèse de Montpellier*, 1832.

Erichsen. — *Med. Times and Gazette*, II, 1860, p. 79.

Finger — Prostatite et spermatocystite. *Wiener med. Presse*, 1885, p. 597.

Fournier. — Art. *Blennorrhagie* du nouveau dict. de méd. et de chir. pratiques. Paris, 1866, t. V.

Harokesworth Ledwich. — Observations on subacute inflamm. of the prostate gland. *The Dublin quarterly journal of med. Sciences*, août 1857, t. XXIV, p. 30.

Hogge. — Compte rendu de la 4e session de l'Association française d'urologie, 1899, Paris, p. 254. (L'électromassage de la prostate dans le traitement des prostatites chroniques).

Home Everard. — Praitical observations on the treatment of the prostate gland. Traduit par Marchand. Paris, 1820.

Gross. — Cronic Catarrh of the prostate gland. *Medical Gaz. New-York*, 1880, t. VII, p. 665.

Guérin. — Prostatite subaiguë. *Thèse de Paris*, 1879.

Guiloin Alfred. — Contribution à l'étude du traitement des abcès prostatiques et péri-prostatiques par l'émission périnéale. *Thèse doct. Paris*, 1886.

Guyon. — Leçons cliniques sur les affections chirurgicales de la vessie et de la prostate. Des prostatites aiguës, p. 974, 1030. Paris, 1888.

Kirmisson et Desnos. — Transformation fibreuse des tissus périprostatiques. *Annales des mal. des org. gén. urin.*, février 1889.

Lagneau. — Maladies vénériennes. Paris, 1815, t. I, p. 47.

Lallemand. — Observations sur les maladies des organes génito-urinaires. Paris, 1827, première partie, p. 97, 155, 157 ; 2e partie, p. 244, 404.

Le Dentu et Delbet. — Traité de chirurgie, t. IX.

Luys. — Exploration de l'appareil urinaire.

Périvier. — Prostatite chronique d'origine hémorrhoïdaire. *Thèse de Paris*, 1882.

Petit J.-L. — Œuvres posthumes de chirurgie mises au jour par M. Laisne, maître en chirurgie. Paris, 1774, t. III

Pierhoff. — *Journal russe des maladies cutanées et vénériennes*, 1906.

Reliquet. — Leçons sur les maladies des voies urinaires. Paris, 1878, 1er fascicule ; p. 83 et *Union méd.*, 1878, p. 289 et 326.

Segond. — Des abcès chauds de la prostate et du phlegmon péri-prostatique. *Thèse de Paris*, 1880.

Socin. — Handbuch der allgemeineu und speciellen chirurgie. In Pitha et Bilroth, t. III, 2e partie, 8e livraison, p. 19 à 24, 1875.

Soemmering. — Traité des maladies de la vessie et de l'urèthre considérées particulièrement chez les vieillards. Traduit par Hallard. Paris, 1824.

Stargis. — *Journ. of. cut. and. gen.-urin. diseases*, 1898, p. 263.

Tilden et Watson. — Prostatit chronic. *Boston med. and surg. Journal*, 1885, p. 496.

Verdier. — Abcès de la prostate. *Bull. de la Soc. anat.*, 1853, p. 106.

Impr. des Facultés, A. MICHALON, 10, rue de Vaugirard, Paris